



Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

Beitragskontonummer

An die

Arbeits- und Entgeltbestätigung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad		Versicherungsnummer		
--	--	------------	--	---------------------	--	--

Vorname/n			Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde		
-----------	--	--	-----------------------------	--	--

Anschrift (Int. KFZ-K., Plz., Ort, Straße, Nr.)

Beschäftigt seit: (letzter arbeitsrechtlicher Eintritt)

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

bei 5,- 6,- oder Tage-Woche, bei – Tage-Turnus.

Arbeitsfreie/r Tag/e oder andere Regelung

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
----	----	----	----	----	----	----

Arbeitspflichtige Feiertage im Entgeltfortzahlungszeitraum	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr

als Arbeiter/in Angestellte/r Vertragsbedienstete/r Freie Dienstnehmerin/ Freier Dienstnehmer
 (Tätigkeit genau bezeichnen)

Grund d. Arbeitseinstellung Arbeitsunfall Berufskrankheit

Letzter Arbeitstag:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:

<input type="checkbox"/> 01 – Kündigung d. Dienstgeber/in	<input type="checkbox"/> 02 – Kündigung d. Dienstnehmer/in
<input type="checkbox"/> 03 – Einvernehmliche Lösung	<input type="checkbox"/> 04 – Zeitablauf
<input type="checkbox"/> 05 – Berechtigter vorzeitiger Austritt	<input type="checkbox"/> 06 – Fristlose Entlassung
<input type="checkbox"/> 07 – Karenz nach MSchG/VKG	<input type="checkbox"/> 08 – Präsenzdienstleistung im Bundesheer
<input type="checkbox"/> 09 – Zivildienst	<input type="checkbox"/> 10 – Pragmatisierung
<input type="checkbox"/> 12 – Ummeldung	<input type="checkbox"/> 30 – Lösung in der Probezeit durch Dienstgeber
<input type="checkbox"/> 34 – Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer	<input type="checkbox"/> 00 – sonstige Gründe:

Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird

nicht gelöst

gelöst mit:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Bankverbindung der/des Versicherten:

IBAN	BIC
------	-----

Beitragspflichtiges Entgelt - ohne SZ im letzten Beitragszeitraum (bei freien Dienstnehmer/innen in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches
Anzugeben sind Geldbezüge (einschließlich Trinkgelder, Trinkgeldpauschale, Provisionen oder Sonstiges) und allenfalls Sachbezüge

ab bis €	Sachbezüge im beitragspflichtigen Entgelt enthalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ab bis €	Sachbezüge (Art und mengenmäßig genau anführen)
ab bis €
ab bis €
Zusammen €	

Anspruch auf Sonderzahlung ja nein

Vordienstzeiten <input type="checkbox"/> ja, ab bis <input type="checkbox"/> nein	Einarbeitungstage: 1. 2. 3. 4. 5. 6.
Kündigungsentschädigung <input type="checkbox"/> ja, ab bis <input type="checkbox"/> nein	
Urlaubersatzleistung <input type="checkbox"/> ja, ab bis <input type="checkbox"/> nein	
freiwillige Entgeltfortzahlung <input type="checkbox"/> ja, ab bis <input type="checkbox"/> nein	

Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis

Anspruch auf Entgeltfortzahlung 4 Wo., 6 Wo., 8 Wo., 10 Wo., 12 Wo.

Berechnet nach Arbeitsjahr Kalenderjahr Arbeitstage Kalendertage

Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes:
 % ab bis
 % ab bis

Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet

ab bis ab bis ab bis
ab bis ab bis ab bis
ab bis ab bis ab bis
ab bis ab bis ab bis

Für allfällige Rückfragen
 Daten der Bearbeiterin / des Bearbeiters bzw. der Kontaktperson

Name	Telefonnummer, Unterschrift und Stempel d. Dienstgeberin/Dienstgebers bzw. d. Bevollmächtigten Für die Richtigkeit der Angaben haftet d. Ausstellerin/Aussteller (§§ 1295 ff ABGB)
Telefonnummer	

Datum